ITEM 069 : TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum = tout trouble psychiatrique lié à la période périnatale s'étendant de la **conception** jusqu'à la **1re année** après l'accouchement (décompensation d'un trouble antérieur ou premier épisode).
- Profonds remaniements somatiques et psycho-socio-biologiques, facteur de stress majeur pour la mère.
- Possible apparition, exacerbation ou atténuation des troubles psychiatriques.

<table>
<tr><td rowspan="4">FDR</td><td colspan="4">➙ À dépister lors de l'entretien du 4e mois (entretien prénatal précoce).</td></tr>
<tr><td>Vulnérabilité psychique</td><td colspan="3">- Antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux (fréquents ++).
- Trouble lié à l'usage des substances, et notamment alcool.</td></tr>
<tr><td>Environnementaux</td><td colspan="3">- Culturels : femmes migrantes principalement : barrière de la langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité et de la grossesse.
- Antécédents traumatiques/d'abus ou de maltraitance dans l'enfance.
- Précarité socio-économique, isolement, faible niveau d'éducation.
- Contexte de la grossesse : mère célibataire/isolée, difficultés conjugales.</td></tr>
<tr><td>Gynéco-obstétricaux</td><td colspan="3">- Primiparité.
- Découverte ou suspicion de malformation ou de pathologie fœtale.
- Grossesse compliquée : diabète gestationnel, hypertension gravidique…
- Accouchement dystocique, césarienne (surtout en urgence ou sous AG), prématurité, petit poids de naissance, séparation mère-enfant, morbidité néonatale.
- Âge : adolescence/âge < 20 ans ou grossesse tardive > 35 ans.
- Grossesse non désirée/non-suivie.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TROUBLES PSYCHIATRIQUES PRÉEXISTANTS</td><td>Trouble psychiatrique</td><td colspan="3">= Trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent, schizophrénie, trouble anxieux (dont TOC).
- Grossesse et ++post-partum : période à risque important de décompensation/rechute.
<u>Pour les épisodes thymiques</u> : caractéristiques psychotiques fréquentes en post-partum avec syndrome confusionnel et risque de suicide et d'infanticide (psychose puerpérale).
➙ La grossesse doit faire l'objet d'un projet thérapeutique : envisagée en cas de trouble équilibré depuis plusieurs mois (idéalement 2 ans), suivi multidisciplinaire spécialisé (psy/gynéco/PMI).
Éviter la culpabilisation, renforcer suivi psychiatrique (+/ consult spécialisée de psychiatrie périnatale.
➙ En post-partum : prévention des décompensations psychiatriques et des troubles de l'attachement.</td></tr>
<tr><td>Addiction</td><td colspan="3">- Information sur les risques de la prise de toxiques pendant la grossesse, en évitant tout culpabilisation et stigmatisation.
- Évaluer l'avantage du sevrage ou de la substitution.
- À la naissance : surveillance pédiatrique du nouveau-né, accompagnement des interactions précoces, suivi par les services de PMI et sociaux.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Traitement psychotrope pendant la grossesse</td><td colspan="3">➙ Tous les traitements psychotropes traversent la barrière placentaire.
- Évaluer le rapport bénéfice/risque de tout traitement psychotrope.
- Traitement prescrit à posologie minimale efficace : possible augmentation ou diminution lors de la grossesse (modification pharmacocinétique physiologique).
- Ne jamais arrêter brutalement un traitement lors de la découverte d'une grossesse : risque de sevrage ou de décompensation du trouble sous-jacent.
- Surveillance du nouveau-né si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement.
- Utiliser le site internet CRAT (Centre Référence des Agents Tératogènes).</td></tr>
<tr><td>Anxiolytique</td><td colspan="2">- Privilégier : oxazépam et lorazépam (demi-vie courte) ou hydroxyzine.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Anti-dépresseur</td><td colspan="2">➙ Ne pas prescrire de paroxétine pendant le 1er trimestre (risque malformatif).</td></tr>
<tr><td>Pendant la grossesse</td><td>- ISRS : fluoxétine, sertraline, citalopram, escitalopram.
- IRSNA : venlafaxine.
- Tricyclique : privilégier la clomipramine.</td></tr>
<tr><td>Pendant l'allaitement</td><td>- ISRS : paroxétine, sertraline.
- Tricyclique : clomipramine.</td></tr>
</table>

		Anti-psychotique	- **Halopéridol**, **chlorpromazine**, **olanzapine** : les plus documentés, à privilégier. - En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance : **amisulpride (2e intention).**
		Thymo-régulateur	- **Lamotrigine**, **olanzapine** : les plus documentés = à privilégier. - **Lithium** : tératogène au 1er trimestre (**malformations cardiaques**) ➝ utilisation possible selon le rapport bénéfice/risque, après discussion avec la patiente et sous suivi strict multidisciplinaire obstétrical, psychiatrique et pédiatrique. ➝ Contre-indication formelle de **l'acide valproïque (& carbamazépine).**
		Electro-convulsivo-thérapie	= Indication privilégiée en cas de trouble de l'humeur ou de trouble psychotique sévère lors d'une grossesse.
TROUBLES PSYCHIATRIQUES PENDANT LA GROSSESSE	**Troubles anxieux**		= **5 à 15 %** des femmes : plus fréquent au 1er et au 3e trimestre. - Inquiétudes et préoccupations se rapportant directement à la grossesse : modifications corporelles, peur d'une malformation fœtale, angoisse de l'accouchement, aptitude à s'occuper du bébé. - Manifestations : **crainte permanente/crises d'angoisse, conduite d'évitement** ou **de réassurance, obsessions/compulsions** (rituels), **irritabilité, envies alimentaires, troubles du sommeil.** - Aggravation fréquente en post-partum. - Risque d'évolution vers un **épisode dépressif caractérisé.**
	Épisode dépressif caractérisé		= **Environ 10 %** (7-13 %) des femmes enceintes. - Généralement d'intensité légère ou moyenne, surtout au 1er trimestre/dernier trimestre, favorisé par une grossesse non désirée ou conflit conjugal. - Symptomatologie non spécifique de la grossesse, hormis la **culpabilité centrée sur la grossesse/fœtus** et le **sentiment d'inaptitude à s'occuper du bébé.** - **FDR de complications obstétricales.** - Risque majeur d'évolution vers un **épisode dépressif caractérisé** du post-partum.
	Déni de grossesse		= 3 grossesses/1000. - **Non-conscience involontaire de l'état de grossesse** > **22 SA** (déni partiel), parfois **jusqu'à l'accouchement** (déni total), pas de profil identifié de femmes à risque. - **Complaisance somatique** = peu de modifications corporelles au cours de l'évolution de la grossesse : poursuite de **ménorragies**, aucune ou peu d'augmentation du volume mammaire, aucune ou faible augmentation du volume abdominal et de poids. - Découverte de la grossesse souvent **fortuite.** - **FdR obstétrical** : manque de suivi médical, accouchement en conditions d'urgence. - Pas d'évolution vers un trouble psychiatrique pour la femme (sauf si trouble préexistant).
		DD	- **Grossesse masquée** : dissimulation volontaire, principalement chez l'adolescente ou en cas d'environnement hostile à la grossesse.
TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM	➝ Complications psychiatriques plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse. **PEC** en ambulatoire/hospitalisation dans une unité mère-enfant (soins de la mère, travail des interactions mère-enfant et prévention des troubles du développement psychomoteur de l'enfant).		
	DD		*Indispensables à éliminer, surtout devant un tableau pseudo-confusionnel :* **- Causes somatiques** : thrombophlébite cérébrale, rétention placentaire, infection (endométrite). **- Causes psychiatriques** : post-partum-blues, intoxication par un psychoactif (alcool, médicament). ➝ **À éliminer++ : examen clinique complet** ± examens complémentaires selon points d'appel.
	Cas du post-partum blues		= ***Baby blues*** : état non pathologique (adaptation physiologique) à risque d'évolution vers un trouble dépressif si prolongé ou sévère. - Concerne de **30 à 80 %** des accouchées. - Survient entre le **3e et le 6e jour** après l'accouchement, avec un **pic au 3e jour.** - Durée de quelques heures (parfois 24 h) jusqu'à **4-10j maximum.**
		C	**Anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphorie.** **Troubles du sommeil, fatigue, plaintes somatiques.** **Crises de larmes, susceptibilité, crainte d'être délaissée** ou **de ne pas pouvoir s'occuper du bébé.**

		PEC	- Aucune indication de traitement médicamenteux. - Relation mère-enfant, relation avec les soignants, mobilisation de l'entourage, information sur le caractère fréquent et provisoire, attitude chaleureuse et compréhensive. - **Surveillance** : si les symptômes persistent > 14 j ou s'intensifient = **EDC du post-partum.**
	Épisode dépressif caractérisé (EDC) du post-partum		= 11 à **15 %** des femmes : souvent **1er épisode dépressif caractérisé**, souvent d'intensité légère ou modérée, symptomatologie souvent minimisée/cachée (sous-diagnostiqué). - Survenue : • Prolongation des symptômes du ***post-partum blues*** **après 15 jours** ou d'un EDC au cours de la grossesse. • Dans l'année après l'accouchement, pic à **3-6 semaines post-partum.** - **Diagnostic difficile** réalisé uniquement dans 50 % des cas : symptômes dépressifs atypiques. - **Humeur triste voire agressivité**, sentiment de découragement et d'incapacité à s'occuper du bébé. - **Plaintes somatiques insistantes** : fatigue, céphalées, douleurs abdominales… - **Aggravation vespérale.** - **Labilité émotionnelle** avec **anxiété importante** s'exprimant par des **phobies d'impulsion**, des **craintes de faire du mal au bébé** et un **évitement du contact avec le bébé.** - **Forte culpabilité**, avec **minimisation des troubles**, voire **dissimulation.** - **Troubles des interactions mère-bébé.** - **Retentissement sur le bébé** (souffrance psychique) : **troubles du comportement** (agitation, apathie), **retard du développement psychomoteur**, **troubles fonctionnels** (sommeil, alimentation), **pathologie médicale** non psychiatrique (coliques, eczéma…) → Évaluer le **risque suicidaire** et **d'infanticide.**
		Caractéristique mixte	- **Signes d'hypomanie** (à chercher ++) : tachypsychie, insomnie sans fatigue, hyperréactivité émotionnelle…
		Caractéristique psychotique	- **Idées délirantes de thème centré sur le bébé (idée de substitution/persécution/empoisonnement/envoûtement)** ou **sur la filiation** (négation de filiation). - **Risque suicidaire** ou **risque d'infanticide** majeur, fréquent Sd confusionnel.
		Pronostic	- 50 % guérison spontanée la 1°année. - Risque de **récidive dépressive** au cours d'une nouvelle grossesse (>25 %) ou en dehors de la périnatalité. - Parfois 1re manifestation d'un **trouble bipolaire** (à surveiller). - Impact important sur le développement psychique de l'enfant.
		Prévention	- Suivi rapproché si facteur de risque identifié (EDC en dehors des grossesses +++). - **Qualité des échanges** avec l'équipe obstétricale, généraliste et psychiatre. - **Suivi des post-partum blues.** - **Assistance sociale** si besoin.
		TTT	**PEC précoce**++ : psychothérapie (de soutien/TCC) ± antidépresseur (ISRS), ± hospitalisation. Recevoir l'entourage (information, accompagnement).
	Troubles anxieux		= Période propice à l'aggravation des **troubles anxieux**, notamment des **TOC.** - Isolés ou associés à d'autres symptômes du post-partum. - Apparition ou expression de troubles anxieux préexistants.
		Phobie d'impulsion	= **Angoisse de passage à l'acte à l'égard du bébé**, jusqu'à la **phobie infanticide.** - Non dangereux. La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées.
		Etat de stress post-traumatique	= Après un **accouchement ayant eu lieu en urgence** et/ou **avec des complications obstétricales** (1,5-3 % des parturientes à 6 mois post-partum). - Comorbidité dépressive fréquente en post-partum (40 %).
	Psychose puerpérale		= **Épisode psychotique bref du post-partum** : 1-2 naissances/1000. - Début le plus souvent brutal **dans les 4 semaines après l'accouchement (pic de fréquence au 1° jour),** accès tardifs jusqu'à 1-2 mois (-typique et -bon pronostic : révèlent souvent un trouble schizophrénique).

		C	- Prodrome : **post-partum blues sévère** et/ou avec éléments de **confusion** ou de **bizarrerie.** - **Agitation** avec **troubles de l'humeur** et **éléments confusionnels**, labilité des symptômes. - **Idées délirantes** : thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint, mécanisme polymorphe. - **Manifestations thymiques** marquées, labiles : alternance de **phases mélancoliques** et **de phases maniaques avec agitation.** - **Syndrome confusionnel** : désorientation temporo-spatiale, perturbation du rythme circadien. - **Risque suicidaire** ou **d'infanticide majeur**, à évaluer.
		Évolution	- **Accès isolé**. - **Récidives** aux décours de grossesses ultérieures dans **20 % à 30 %** des cas. - **Trouble psychiatrique chronique** : **trouble bipolaire ++** (70 %), parfois schizophrénie (10 %).
		PEC	**Urgence thérapeutique**, hospitalisation, antipsychotiques et psychothérapie.
	Épisode maniaque du post-partum	Débute dans les semaines suivant l'accouchement, mais possible au 3e trimestre, 1-2 naissance sur 1000.	
		C	- Symptomatologie d'épisode maniaque avec particularités, fréquentes caractéristiques mixtes. - Prodromes : post-partum blues sévère avec **confusion** ou bizarrerie. La confusion peut persister pendant l'épisode. - **Caractéristiques psychotiques** à rechercher car plus fréquentes (mécanisme polymorphe, thématique grossesse, accouchement, bébé, conjoint). - Risque majeur de **suicide et infanticide** (à évaluer).
		E	- Permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire. - Moitié des cas : récidive épisode thymique dans grossesse ultérieure.
		PEC	**Urgence thérapeutique** : hospitalisation, thymorégulateur, psychothérapie.